

# CARTAS AL DIRECTOR

## Política de antibióticos en atención primaria y especializada. ¿Dos políticas alejadas?

**Sr. Director:** Tras leer atentamente la carta publicada por Llor y Naberán en su Revista<sup>1</sup>, desearíamos realizar los siguientes comentarios. En relación con el uso de antibióticos en la exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y si tenemos en cuenta las evidencias disponibles basadas en ensayos aleatorizados y controlados con placebo realizados en pacientes tanto hospitalizados como tratados ambulatoriamente, podemos afirmar que<sup>2</sup>:

- El tratamiento antibiótico es beneficioso en pacientes seleccionados con exacerbación aguda de la EPOC. Pacientes con exacerbaciones más graves (tipo I de Anthonisen) tienen más probabilidades de mejoría que aquellos con episodios más leves.
- Los antibióticos utilizados son tetraciclinas, amoxicilina y trimetoprim sulfametoxazol, en períodos de tres a 14 días
- Hasta el momento no existen estudios aleatorizados, controlados con placebo, que hayan probado la superioridad de nuevos antibióticos de mayor espectro en el tratamiento de la exacerbación aguda de la EPOC.

Los antibióticos estarían indicados cuando el paciente presentara dos o más criterios clínicos de sobreinfección (aumento de esputo, aumento de su purulencia o disnea), y deberíamos individualizar la indicación en casos con uno o dos criterios clínicos, pero con fiebre, mayores de 65 años, EPOC grave ( $FEV_1 < 50\%$ ) o más de 4 reagudizaciones al año.

Éstas serían las conclusiones de mayor solidez de acuerdo con la evidencia disponible. Cualquier recomendación que se elabore más allá de estas evidencias debería considerarse en sus justos términos, como recomendaciones de expertos u otro nivel de evidencia que determinemos, siempre menos potente.

Sin embargo, si consideramos los datos disponibles en cuanto a la etiología más frecuente de estos episodios en nuestro medio y el perfil de resistencias antimicrobianas de los gérmenes implicados<sup>3</sup>, es muy probable que los antibióticos utilizados en

aquellos ensayos no sean los más adecuados, y debemos recurrir a fármacos que cubran adecuadamente *Streptococcus pneumoniae* resistente a penicilina y *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*, productores de betalactamasas. En este contexto disponemos de numerosos ensayos que utilizan antimicrobianos de mayor espectro, como amoxicilina-ácido clavulánico, cefalosporinas de segunda y tercera generación, claritromicina, azitromicina, fluoroquinolonas (ciprofloxacino, ofloxacino, levofloxacino, moxifloxacino, gatifloxacino), de diseños muy heterogéneos, realizados casi siempre en medio hospitalario, con pacientes previamente seleccionados (graves; sólo con aquellos con identificación microbiológica positiva, etc.), con objetivos a corto plazo (mejoría clínica) y no valorando resultados en pronóstico a largo plazo, morbilidad, función ventilatoria, etc.

Por otro lado, el perfil del paciente con EPOC puede determinar qué antibiótico deberíamos utilizar. Aquellos pacientes de mayor edad, peor situación funcional respiratoria, historia previa de exacerbaciones frecuentes o presencia de enfermedad concomitante, como insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), hepatopatía, diabetes o malnutrición, son pacientes de alto riesgo, tanto de recaídas como de mortalidad a corto y largo plazo<sup>4</sup>. Además, durante las exacerbaciones de la EPOC, en estos pacientes de riesgo se aíslan con más frecuencia neumococos multirresistentes, *Pseudomonas aeruginosa* y bacilos gramnegativos. Todo ello ha llevado a proponer, desde hace años, diferentes esquemas de estratificación en categorías de riesgo que permiten al clínico seleccionar el tratamiento antimicrobiano más adecuado para prevenir aquellas complicaciones<sup>5</sup>. Concretamente, el uso de fluoroquinolonas, en comparación con otros antibióticos de amplio espectro, en pacientes con factores de riesgo y exacerbación aguda de su EPOC obtuvo mejores resultados clínicos y mejores indicadores de calidad de vida tras un seguimiento de más de un año<sup>6</sup>. Por tanto, en estos esquemas de estratificación de riesgo, siempre se recomienda el uso de fluoroquinolonas en pacientes de alto riesgo, como primera elección o como una opción entre un grupo de antimicrobianos que incluirían amoxicilina-ácido clavulánico, cefalosporinas de tercera generación o macrólidos<sup>5</sup>.

Teniendo en cuenta estas consideraciones y las evidencias disponibles para recomendar un tratamiento antibiótico en la exacerbación aguda de la EPOC, el documento de consenso aludido por los autores recoge el estado de la cuestión (*state of art*) en estos momentos y aporta las recomendaciones que, como grupo de expertos, pueden aplicarse a la práctica clínica diaria en nuestro medio, con todas las reservas que puedan plantearse dada la controversia que rodea al problema clínico abordado. Por otro lado, creemos que la participación de tres sociedades científicas en un consenso de estas características puede considerarse una gran oportunidad para un mejor conocimiento y colaboración entre los ámbitos de atención especializada y atención primaria en el tratamiento esta enfermedad infecciosa, permitiendo a su vez abrir el camino para nuevas colaboraciones de las que pudieran surgir recomendaciones en otros procesos infecciosos.

Como conclusión, y con el objeto de ampliar las evidencias disponibles, deberíamos plantearnos abordar los siguientes aspectos a investigar en el futuro<sup>4</sup>:

- Son precisos más estudios relevantes en cuanto al tratamiento en pacientes no hospitalizados.
- Es necesario desarrollar, validar e implantar un sistema para determinar la gravedad de la exacerbación aguda, con el objeto de mejorar la calidad y aplicabilidad de la investigación clínica de este proceso.
- Una clasificación empírica de los pacientes como guía para la elección del tratamiento antibiótico debe ser validada en ensayos prospectivos para comprobar su efectividad en la práctica clínica.

**M.A. Mayer, E. Nodar, J. Muñoz, J. Ortega, G. García y J. Redondo**

Componentes del GdT Infecciosas de semFYC. España.

1. Llor Vilà C, Naberán Toña K. La política de antibióticos en el ámbito de la atención primaria no debe ser la misma que impera en el hospital. *Aten Primaria* 2002;29:198-9.
2. Snow V, Lascher S, Mottur-Pilson C. Evidence base for management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 2001; 134:595-9.

- Oteo J, Alós JI, Gómez-Garcés JL. Sensibilidad *in vitro* actual de los patógenos respiratorios bacterianos más frecuentes: implicaciones clínicas. *Med Clin (Barc)* 2001;116:541-9.
- Douglas C, McCrory MD. Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *MHSc AHRQ Publication n.º 01-E003*, marzo 2001.
- Grossman RF. Use of guidelines and risk stratification in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Sem Respir Crit Care Med* 2000;21:113-22.
- Grossman R, Mukherjee J, Vaughan D, Eastwood C, Cook R, LaForge J, et al, for The Canadian Ciprofloxacin Health Economic Study Group. A 1-year community-based health economic study of ciprofloxacin vs usual antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis. *Chest* 1998;113:131-41.

## Culpabilidad y fibromialgia

**Sr. Director:** Hemos leído con interés el artículo de reflexión sobre la fibromialgia, de Sedó y Ancochea<sup>1</sup>, publicado recientemente en su Revista. Creemos que los autores han realizado un encomiable trabajo de síntesis para conseguir transmitir los conceptos básicos que rodean a este enigmático síndrome, y por ello les felicitamos; aunque quisiéramos realizar una breve matización a sus conclusiones.

Hemos comprobado cómo últimamente un importante número de pacientes diagnosticados de fibromialgia son remitidos a nuestra consulta de psiquiatría, tanto desde atención primaria como desde otras especialidades (reumatología, traumatología o neurología). Esto no es de extrañar si consideramos, en primer lugar, que el insomnio y los trastornos del sueño son síntomas cardinales de la enfermedad, tanto por su asociación a otra sintomatología, especialmente el dolor, como a una posible alteración orgánica de los ritmos del sueño<sup>2</sup>. Para estos trastornos del sueño han demostrado tener eficacia los antidepresivos tricíclicos, la trazodona, la zopiclona y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina<sup>2</sup>. Pero, además de los trastornos del ritmo del sueño, son altamente prevalentes otros trastornos psíquicos, tanto de la esfera afectiva como de ansiedad. En estudios multicéntricos aparecen síntomas de depresión mayor entre el 22 y el

68% de los pacientes afectados de fibromialgia, ataques de angustia y ansiedad hasta en el 16% y fobias simples entre el 12 y el 16% de los mismos<sup>3</sup>. Tampoco parece tan claro, como ocurre con las alteraciones del sueño, si estos trastornos psíquicos son secundarios a los síntomas predominantes de la fibromialgia<sup>4</sup> o bien son síntomas primarios del propio síndrome de fibromialgia, independientes del resto de la sintomatología<sup>5</sup>.

En cualquier caso nosotros pensamos, coincidiendo con otros autores<sup>6</sup>, que dado que el origen y la patofisiología de la fibromialgia son todavía desconocidos, lo fundamental radicaré en abordar la sintomatología psiquiátrica, puesto que ésta es potencialmente tratable.

Los autores plantean como conclusión a su reflexión que «conviene convencer al paciente de que el protagonismo de la posible mejoría radica mucho en él mismo y no tanto en los fármacos y ayudas procedentes del exterior». Creemos que este comentario, sin duda dirigido por los autores hacia una correcta elaboración de lo que denominamos conducta de enfermedad, puede inducir a depositar demasiada responsabilidad en un paciente, de por sí culpabilizado por la presentación de un síndrome poco claro y desconocido; unido a la propia culpabilidad asociada a los cuadros depresivos tan frecuentes en esta dolencia. Nosotros ya hemos incidido en la importancia de asumir el compromiso en el seguimiento de otros pacientes que padecen síndromes emparentados con la fibromialgia, como es el caso del síndrome de fatiga crónica<sup>7</sup>. Por ello consideramos oportuno matizar que, aunque el paciente desempeña un papel fundamental en el devenir de la enfermedad, no debemos caer en la tentación de hacerle máximo responsable de su propia evolución, puesto que esto podría aumentar su sentimiento de culpabilidad al no alcanzar una determinada mejoría sumiendo al paciente en una mayor incertidumbre e inestabilidad psíquica. Más bien pensamos que nosotros, los médicos (de familia, psiquiatras, reumatólogos, etc.), debemos asumir ese protagonismo como responsables del acompañamiento de estos enfermos en su largo padecer; al mismo tiempo que nos sumamos al resto de

comentarios realizados por Sedó y Ancochea en su interesante reflexión sobre este tema<sup>1</sup>.

**F.J. Olivera Pueyo<sup>a</sup>  
y C. Maza Rodríguez<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Médico especialista en Psiquiatría. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctor en Medicina. Unidad de Salud Mental de Monzón. Hospital de Barbastro. (Huesca). <sup>b</sup>Médico interno residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Médico especialista en Medicina del Deporte. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.

- Sedó Fortuny R, Ancochea Millet J. Una reflexión sobre la fibromialgia. *Aten Primaria* 2002;29:562-4.
- Harding SM. Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. *Am J Med Sci* 1998;315:367-76.
- Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999;40:57-63.
- Aaron LA, Bradley LA, Alarcón GS, Alexander RW, Triana-Alexander M, Martín MY, et al. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis Rheum* 1996;39:436-45.
- Okifuji A, Turk DC, Sherman JJ. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? *J Rheumatol* 2000;27:212-9.
- Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Katon WJ, Bernstein D. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis. *Psychosom Med* 1997;59:565-71.
- Olivera Pueyo FJ, Isanta Pomar C, Marco Orea S, Lafita Bailo P, Rodríguez Torrente M, Alcober Pérez C. Fatiga crónica ¿o incompreensión permanente? *Dimes Hum* 1998;2:61-5.

## Respuesta de los autores

**Sr. Director:** Dado que las consideraciones de nuestros compañeros psiquiatras nos parecen muy oportunas, nos sentimos obli-

**Palabras clave:** Fibromialgia. Psicopatología. Dolor crónico.